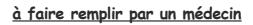


CERTIFICAT MEDICAL





Je soussigné(e) Docteur	
certifie que Mme / M. (nom et prénom)	
- Ne présente aucune contre-indication à la pratique cas d'une première licence sportive)	des activités physiques et sportives (dans la
- Ne présente aucune contre indication à la pratique	du Roller Skating en compétition
Prière de nous préciser toute allergie ou contre indication	
Fait à	le

Cachet - signature